PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Do tego numeru załącza się uwagi Dra St. Kurkiewicza p. t. **„O konieczności źródłosłowowo-swojskiego słownictwa zawodowego“.**

Rok LVII. Kraków, 6. lipca 1918. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitala garnizonowego Nr. 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

IV.

O zachowaniu się azotu pozabiałkowego w surowicy krwi w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał[1])

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr farm. A. Gottesmanna z Budapesztu.

Jednem z najtrudniejszych zadań lekarza w przypadkach zapalenia nerek jest ocena jego pod względem ciężkości przebiegu, i to tak w najbliższym czasie, jak w dalszej przyszłości; to pytania, na które odpowiedzi wymaga od nas zawsze rodzina chorego, i to w najszybszym czasie. Nie wystarczyło nam dotychczas w tym kierunku nawet najszczegółowsze kliniczne badanie moczu, oznaczanie, choćby codzienne, ilości białka w moczu, zachowanie się osadu moczowego, a nawet dokładnej dobowej ilości moczu. Przypomnę choćby tylko to, jak nieraz groźniej przedstawia się przypadek schorzenia nerek z dużą ilością moczu, a małą białka i nieprawidłowego osadu moczowego, niż drugi, przebiegający przeciwnie z małą ilością moczu, dużą białka i osadu, zawierającego obfite wałeczki i inne składniki nieprawidłowe. Wyjątek stanowią chyba przypadki skrajnego zmniejszenia się dobowej ilości moczu, aż do zupełnego bezmoczu, który z pewnem zastrzeżeniem zapowiada wprost, że sprawa, tocząca się w nerkach, jest bardzo poważna i grozi zupełnem zatrzymaniem się końcowych produktów przemiany materyi, które po czasie nie mogą być obojętne dla tkanek żywych, mogąc wywołać objaw t. zw. zatrucia moczem z ostatecznym wyrazem, to jest mocznicą. Obraz, powiedzmy, makroskopowy moczu, będąc w pierwszym rzędzie wyrazem anatomicznego stanu nerki, nie daje nam właściwie głębszego pojęcia o fizyologicznej sprawności nerki, która jedynie rozstrzyga o następstwach sprawy chorobowej dla całego ustroju. Nie zmiana anatomiczna, tocząca się w nerkach, lecz na tle jej powstające zaburzenia głębszej czynności i fizyologicznej sprawności nerek, to rzecz najważniejsza, która będzie rozstrzygać o przyszłości danego przypadku. Ocena funkcyonalna nerek zatem, to podstawa rokowania o przebiegu i o przyszłości dotkniętego osobnika. W każdym więc przypadku klinicznym schorzenia nerek dążeniem naszem musi być badanie t. zw. funkcyonalne nerek, celem dojścia do pojęcia, czy i w jakim stopniu stan anatomiczny wpłynął na sprawność ich w danym przypadku, bo wtedy dopiero dojdziemy do zupełnego urobienia sobie zdania o jego stanie klinicznym.

Na podstawie dotychczasowych badań miarę sprawności nerek stanowi przedewszystkiem ich zdolność do wydzielania ciał, prawidłowo przez nie wydzielanych, więc wody, soli kuchennej i azotowych produktów rozpadu białka. Mniej może wyników praktycznych dostarczyło nam szczegółowe badanie chemiczne samego moczu, którego celem było obliczenie ilościowe tych ciał, wydzielonych drogą moczu; ścisłe rozumowanie zaś skłoniło przedewszystkiem do poszukiwania tych ciał we krwi, ewentualnie w tkankach dotkniętego osobnika. Upośledzenie wydzielania drogą nerek czy to wody, czy to soli kuchennej lub też produktów rozpadu białka logicznie musi w następstwie wywołać zatrzymywanie i nagromadzanie się ich w nadmiernej ilości z jednej strony w surowicy krwi, a z drugiej w tkankach i przepojenie ich temi ciałami. Może mniej niebezpieczne dla życia tkanek jest zatrzymanie wody i soli kuchennej, bo groźne następstwa jego dadzą się niejako powstrzymać przez ograniczenie wprowadzania ich do ustroju. Najgroźniejszem zaś, jak doświadczenie poucza, jest nagromadzenie się w ustroju produktów rozpadu białka, jako następstwo białkowej przemiany materyi, zwłaszcza, że nagromadzenie się tych ciał, wywołane niesprawnością nerek, nie da się powstrzymać ani przez ograniczenie ilości wprowadzonego białka, ani przez odżywianie osobnika tylko tłuszczowo-węglowodanowe, a nawet przez zupełne głodzenie. Stąd wniosek, który wysuwa przedewszystkiem z naciskiem Volhardt, że najważniejszą czynnością nerek, której wstrzymanie musi sprowadzić śmierć, jest zdolność wydzielania produktów azotowych rozpadu białka. Wykazanie zatrzymywania się i nagromadzania się ich w ustroju, to podstawa oceny ciężkości danego przypadku schorzenia nerek. Jasnem jest, że tych N-ciał szukać będziemy przedewszystkiem w surowicy krwi, licząc się jednak z tem, że tak samo ważne, a może nieraz i ważniejsze będzie dla ustroju gromadzenie się ich w tkankach, ale wykazanie ich tu za życia osobnika usuwa się z pod naszych badań. Wobec pewnej równoległości jednak między nagromadzeniem się N-ciał we krwi i w tkankach oznaczenie ich zawartości tylko we krwi może i musi nam służyć jako dostateczny wykładnik ich zawartości w całym ustroju.

Przechodząc do techniki samych badań, przypomnę, że uczeni francuzcy ograniczali się przeważnie do oznaczania we krwi ilości nagromadzonego mocznika, uważając go za najważniejszy produkt rozpadu białka i przemiany materyi białkowej wogóle. Niemiecka szkoła oznaczała zaś przeważnie całą ilość azotu pozabiałkowego surowicy krwi, t. zw. azotu resztującego (R-N), rozumiejąc przez to tę ilość azotu, którą zawiera krew lub też surowica krwi po strąceniu całej ilości białka rodzimego surowicy lub też krwi całkowitej; stąd nazwa azotu pozabiałkowego lub też resztującego (R-N). Inni autorowie znowu ograniczali się tylko do oznaczania dalszych produktów białkowej przemiany materyi poza mocznikiem, więc kwasu moczowego, indykanu, kreatyny i t. d. Rzętkowski n. p. oznaczał zawartość t. zw. N-formolowego, a wreszcie Amerykanie Christian, Frothingam, O. Hare, Woods oznaczają t. zw. Residual-N, to jest azot krwi, pozostający po odtrąceniu od całej liczby azotu pozabiałkowego, azotu mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego i indykanu i t. d. to jest ciał, dających się ściśle określić. Dążnością tych wszystkich badań jest nietylko wykazanie nagromadzenia się N-ciał przemiany materyi białkowej, lecz przedewszystkiem stwierdzenie, które z nich jest przyczyną zatrucia ustroju w chwili, gdy sprawność nerki odmówi posłuszeństwa. Nie chcąc wchodzić w szczegóły tej cząsteczkowej analizy N-ciał we krwi, i to przedewszystkiem w przypadkach schorzenia nerek, zatrzymam się szczegółowo nad naszymi wynikami, które otrzymaliśmy w naszych przypadkach ostrego zapalenia nerek. Zaznaczyć muszę, że w naszych przypadkach oznaczaliśmy przedewszystkiem

[1]) Według wykładu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem.

całą zawartość azotu pozabiałkowego we krwi, bo, obejmując wszystkie ciała azotowe białkowej przemiany materyi, możemy dojść do najogólniejszego pojecia o zaburzeniach sprawności nerek, dotyczących wydzielania produktów rozpadu białka. Ten sposób postępowania może nam dać temsamem podstawę dostateczną do oceny klinicznej naszych przypadków i dalszego rokowania w ich przebiegu, a tę sprawę chcieliśmy przedewszystkiem omówić dokładnie. Pytanie, które z tych N-ciał ma najważniejsze znaczenie przy zatruciu (nerkowem) ustroju, to muzyka przyszłości; na nie może później będziemy się starali odpowiedzieć.

Co do sposobu postępowania w naszych przypadkach zaznaczyć muszę, że oznaczanie azotu pozabiałkowego (R-N) wykonywaliśmy nie w całej krwi, lecz tylko w samej surowicy, którą odbiałczaliśmy sposobem, podanym przez Oszackiego, przy użyciu $1^1/_2$-procentowego octanu uranowego. Sposób ten odbiałczania surowicy krwi, jako najprostszy a pewny, nadawał się najlepiej w naszych warunkach szpitalnych. Zaznaczyć jednak należy, że odbiałczanie surowicy było zupełne tylko wtedy, jeżeli używaliśmy świeżo sporządzonego lub najwyżej dwutygodniowego do trzytygodniowego rozczynu octanu uranowego, na co należy zwrócić szczególną uwagę, bo w przeciwnym razie liczba, wyrażająca azot pozabiałkowy, będzie zbyt wysoka wobec resztek białka, które nie zostało wytrącone z surowicy. Dla pewności płyn, uzyskany po odbiałczeniu, należy od czasu do czasu zbadać co do zawartości białka, ażeby nie dojść do fałszywych wyników. Po odbiałczeniu surowicy oznaczaliśmy azot sposobem Kjeldahla, z tą odmianą, że siarkan miedzi zastępowaliśmy octanem uranowym in substantia, co nam ułatwiało spalanie ciał azotowych, zawartych w badanym płynie. Oznaczanie wykonywaliśmy zwykle w 5 cm sz. surowicy, więc w ilości, dającej się łatwo uzyskać w każdym przypadku. Licząc się z faktem, że spożycie większej ilości białka czy to chwilowo, czy to na dłuższy czas może zwiększyć liczbę N-ciał w surowicy krwi, nasze badania przeprowadzaliśmy zawsze w surowicy uzyskanej na czczo lub też po skromnem, o ile możności bezbiałkowem pierwszem śniadaniu, i to zawsze o pewnej stałej godzinie. Krew uzyskiwaliśmy przez nakłucie żyły pośrodkowej (vena mediana), a nie napotykaliśmy przy tem prawie nigdy na trudności, któreby nam uniemożliwiały uzyskanie potrzebnej ilości krwi u badanego osobnika. Nakłucie żyły przeprowadzaliśmy zawsze w godzinach między 10. a 11. przedpołudniem, i to przy stałej dyecie małobiałkowej, która nie mogła sztucznie wpływać na podwyższenie azotu pozabiałkowego w surowicy. W tych warunkach uzyskane liczby możemy uważać za dostatecznie podmiotowe.

W tych warunkach liczba prawidłowa N-pozabiałkowego, u zdrowego osobnika, wynosi 20—30 mg. w 100 cm. sz. surowicy, i to przy odbiałczaniu sposobem Oszackiego; przy innych sposobach odbiałczania, n. p. przez zakwaszanie i gotowanie, liczba dla N-pozabiałkowego jest nieco wyższa, tak, że przy tych badaniach należy zawsze podać sposób, którym surowicę pozbawiono białka.

Na moim oddziale mając przedewszystkiem przypadki ostrego schorzenia nerek, zatrzymam się w tej pracy nad wynikami, uzyskanymi w przypadkach ostrego schorzenia nerek, w których tak rokowanie jak i leczenie zależy często właśnie od zatrzymywania się N-ciał rozpadu białka w surowicy krwi. Liczba ogólna przypadków, badanych przezemnie w tym kierunku, które możemy uwzględnić w obecnej pracy, wynosi 67 przypadków. Z tych w pewnej liczbie zawartość N-pozabiałkowego badaliśmy tylko raz jeden, i to w tych, w których liczba N była nizka, a przebieg kliniczny nie ulegał zmianom niekorzystnym. W innych przypadkach znowu oznaczanie N-pozabiałkowego powtarzaliśmy co parę dni lub tygodni, i to zwłaszcza w przypadkach klinicznie ciężkich. Chciałbym właśnie zwrócić uwagę na te b a d a n i a o k r e s o w e, powtarzane co jakiś czas, i to zwłaszcza w przypadkach ostrego zapalenia nerek, w których liczby dla R-N w surowicy były wysokie, ponad miarę prawidłową, a przebieg kliniczny był ciężki, połączony z wahaniami tak w kierunku korzystnym, jak i niekorzystnym. Wahania liczby R-N w surowicy krwi w tych przypadkach były właśnie jednym z najważniejszych nieraz wskaźników przebiegu przypadku.

Co do postaci klinicznej przypadków przez nas badanych zaznaczę, że należały one częścią do grupy schorzeń, w których przeważało zajęcie anatomiczne miąższu nerkowego pod postacią przedewszystkiem zwyrodnienia nabłonków, więc postacie, które obejmujemy nazwą nefrozy, częścią zaś przeważały postacie, które musimy zaliczyć do spraw nerkowych zapalnych w ścisłem słowa znaczeniu (nephritis sens. str.), z zajęciem przedewszystkiem kłębków nerkowych (glomerulonephritis), lub też z naciekami zapalnymi w tkance pozakłębkowej (nephritis interstitialis). Nie uwzględniamy zaś przypadków zapalenia nerek przewlekłego, a zwłaszcza spraw z przewagą miażdzycy naczyń nerkowych. Dodam, że mając małe doświadczenie, zwłaszcza dotyczące kontroli pośmiertnej nerek w naszych przypadkach, nie mogę zabierać głosu w sprawie podziału schorzeń nerkowych, lecz będę się trzymać dziś podziałów cudzych, uwzględniając przedewszystkiem podział, podany przez Volhardta i Fahra.

Ze względu na wysokość liczby azotu pozabiałkowego we krwi nasze przypadki możemy podzielić w ogólności na dwie grupy, z których pierwsza obejmuje te, w których znaleźlismy w surowicy krwi liczbę prawidłową, a druga przypadki z liczbą zwiększoną N. pozabiałkowego we krwi.

I. g r u p a.

W jedną grupę łączymy tu przypadki z liczbą prawidłową dla N. pozabiałkowego we krwi, i to bez względu na postać i przebieg ich kliniczny. Suma przypadków, należących do grupy I. wynosi 20, to jest 29,8% wszystkich przez nas uwzględnionych przypadków; dodam, że wszystkie należą do postaci ostrego schorzenia nerek, w których badania nasze przeprowadzaliśmy przeważnie w pierwszym lub w pierwszych tygodniach zachowania.

Liczba N. pozabiałkowego wahała się w tych przypadkach w granicach między 30 a 40 mg. w 100 sz. surowicy krwi, a średnio wynosiła 36,3 mg. Dla bliższej oryentacyi w szczegółach podaję poniżej w krótkości przypadki z ważniejszemi datami klinicznemi wraz z liczbą dla N. pozabiałkowego; przy wynikach badania moczu nie podaję jednak bliższych danych, więc n. p. ani obecności, ani rodzaju wałeczków, lecz tylko parę dat, dotyczących zachowania się białka, C. g. moczu i krwi w osadzie, bo te są mi najbardziej potrzebne do dalszego rozpatrywania przypadków.

P r z y p a d k i o p r a w i d ł o w e j l i c z b i e (20—40 mg.) N-p o z a b i a ł k o w e g o w e k r w i.

1. Bilek 42. l. 4. tydzień choroby, obrzęki znaczne, serce powiększone lekko. P = 60 na min., wątroba lekko powiększona. M o c z: białko 1‰—0·5%, C. g. 1034—1020, w osadzie krwi brak, R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

2. Toldi 37. l. 10. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce nie powiększone, wątroba macalna. M o c z: białko, 2·3‰, C. g. 1030, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 38 mg.

3. Daczka 48. l. 8. dzień choroby, obrzęki średnie, serce lekko powiększone. M o c z: białko, 2·25‰, C. g. 1025, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

4. Kiss 19. l. 5. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce lekko powiększone, P = 52 na min. M o c z: białko 3‰, C. g. 1026, w osadzie krwi brak, n a p a d y m o c z n i c y d r g a w k o w e, śmierć. R-N w 100 cm sz. 36·4 mg., śmierć wśród napadów drgawek, tuż po nakłuciu żyły.

5. Łukasik 20. l. 7. dzień choroby, obrzęki małe, serce prawidłowe, P = 68 na min., wątroba lekko powiększona. M o c z: białko 10‰, C. g. 1016, w osadzie bardzo liczne ciałka czerwone krwi. R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

6. Zach 47. l. 2. miesiące choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 64 na min., wątroba lekko powiększona. M o c z: białko 1·1‰, C. g. 1014. w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 36·2 mg.

7. Podobny 44. l. 14. dzień choroby, obrzęki średnie, serce lekko powiększone, P = 78 na min., wątroba macalna. M o c z: białko 3‰, C. g. 1026, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 42 mg.

8. Babickovic 34. l. 3. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian. M o c z: białko 1‰—0·4‰—0·5‰, C. g. 1024—1022—1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 36·6 mg.

9. Cebula 46. l. 2. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, wątroba lekko powiększona. M o c z: białko 1‰, C. g. 1018, w osadzie liczne ciałka czerwone krwi. R-N w 100 cm sz. 36·6 mg.

10. Liczul 22. l. 2. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian. M o c z: białko 10‰—3·2‰, C. g. 1026—1020, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

11. Kiselow 22. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce bez zmian, wątroba powiększona, śledziona powiększona, w m o c z u białka brak (nephritis analbuminurica). R-N w 100 cm sz. 30·8 mg.

12. Tressing 32. l. 10. dzień choroby, ślad obrzęków, serce

bez zmian, P = 72 na min. Mocz: białko 0·5‰. C. g. 1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 30·8 mg.

13. Tartek 28. l. 2. tydzień choroby, obrzęki nieznaczne, serce bez zmian. Mocz: białko 0·5‰ C. g. 1022, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 42 mg.

14. Scharf 31. l. 12. dzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 60 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1·75‰—2‰, C. g. 1020—1028, w osadzie mierna ilość krwi. R-N w 100 cm sz. 36·4 mg.

15. Balogh 28. l. 12. dzień choroby, obrzęki silne, serce bez zmian, P = 52 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 3‰, C. g 1020, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

16. Stiasny 49. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone lekko, wątroba macalna, P = 42 na min. Mocz. białko 1·5‰—0·75‰, C. g. 1020—1012, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

17. Opheut 21. l. 3. tydzień choroby, obrzęków brak, serce bez zmian, P = 72 na min., wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 0·3‰, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 42 mg.

18. Chomiak 24. l. 5. dzień choroby, obrzęki średnie, P = 42 na min., wątroba lekko powiększona, w moczu białka brak (nephritis analbuminurica). R-N w 100 cm sz. 33·6 mg.

19. Jindra 47. l. 8. dzień choroby, brak obrzęków, serce bez zmian. Mocz: białko 0·5‰—0‰, C. g. 1020—1016, w osadzie mierna ilość ciałek czerwonych krwi. R-N w 100 cm sz. 30·8 mg.

20. Niebyłowicz 19. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce lekko powiększone, P = 64 na min. Mocz: białko 1·2‰—2‰, C. g. 1016, w osadzie liczne ciałka czerwone krwi, mocznica. R-N w 100 cm sz. 39·2 mg.

Pierwszy rzut oka na powyższe zestawienie wykazuje, że spotykamy tu przypadki, klinicznie bardzo różne od siebie, i to począwszy od postaci bezobrzękowych z małą ilością białka, więc zajęcia nerek przelotnego (nephritis levis fugax), jak n. p. przyp. 17. 19. i 12. i postacie zapalenia nerek bezbiałkowego (nephritis analbuminurica), które omawialiśmy w poprzedniej pracy. Obok tych stwierdzamy najczęściej przypadki typowej sprawy zwyrodnieniowej nerek (nephritis acuta), jak n. p. przyp. 4. 10. i 15. i inne, wreszcie, choć rzadziej, i przypadki typowego ostrego zapalenia nerek przedewszystkiem kłębkowego (glomerulonephritis acuta), jak n. p. przyp. 5. 9. 14. i 20. Łączą się tutaj przypadki bez obrzęków z innymi o miernych lub i bardzo silnych obrzękach, przypadki z małą, lecz i dużą ilością białka w moczu, ze zmniejszoną, i to znacznie, albo prawidłową lub też ze zwiększoną ilością moczu, skąpym lub bardzo obfitym osadem moczowym, zawierającym wałeczki o rozmaitych formach i różnej ilości, bez lub też nieraz z obfitą domieszką krwi, z prawidłowym lub też ze zwiększonym ciężarem gatunkowym moczu.

Uwzględniwszy już te przypadki, możemy stanowczo twierdzić, że prawidłowa liczba dla N. pozabiałkowego w surowicy krwi nie jest cechą charakterystyczną dla pewnej jednostki klinicznej; na podstawie nizkiej liczby dla R-N niemamy prawa rozpoznawać pewnej typowej postaci, w naszych przypadkach ostrego, schorzenia nerek. Bez względu na wysokość R-N możemy mieć do czynienia w danym przypadku czy to z ostrą nefrozą, czy to z typowem ostrem zapaleniem nerek kłębkowem lub też śródmiąższowem i t. d. Jeżeli uwzględnimy badania cudze, jak i skąpe nasze badania, przeprowadzone w przypadkach przewlekłego schorzenia nerek, których nie przytaczam na tem miejscu, to dojdziemy do przekonania, że zdanie to jest słuszne nietylko w ostrych, ale i w przewlekłych nefrozach, czy też w przewlekłych sprawach nerkowych ściśle zapalnych.

Wziąwszy na uwagę jednak przebieg kliniczny przypadków przytoczonych powyżej, widzimy wprawdzie, że chociaż one różniły się znacznie od siebie tak pod względem stopnia obrzęków, jak i innych objawów ogólnych, których z braku miejsca nie umieszczamy w zestawieniu, to przecież wszystkie okazują w ogólności pewną wspólną stałą cechę, a mianowicie pewną łagodność przebiegu klinicznego. Przeważna część przypadków przebiegała, jak widzimy, z obrzękami, które z początku dochodziły nieraz do znacznych rozmiarów, ale we wszystkich obrzęki, a również i przesięki w jamach surowiczych zmniejszały się szybko, a wreszcie ustępowały zupełnie, i to przeważnie w krótkim przeciągu czasu od chwili, gdy chory dostał się do łóżka, gdy mu podano dyetę małosolną i ograniczono ilość spożywanych płynów. Szybko również ustępowały objawy nieżytu oskrzelowego, tak zwykłego powikłania zapalenia nerek, dalej i stan serca poprawiał się szybko, bo tony serca stawały się głośniejsze, a tętno, z początku nieraz znacznie zwolnione, zbliżało się do liczb prawidłowych. Objawy ogólnego schorzenia, jak osłabienia i t. d., wyrównywały się równolegle szybko, ustępując miejsca poczuciu wracającego ozdrowienia. Nawet i zmiany nieprawidłowe moczu, które trwały najdłużej ze wszystkich objawów patologicznych, nie były tak uporne, jak w przypadkach grupy dalszej. Przedewszystkiem wzrastała rychło dobowa ilość moczu i zjawiała się wybitna polyurya, ilość białka zmniejszała się, ilość wałeczków malała szybko, a przedewszystkiem wnet znikała z moczu domieszka krwi. Uderzającem w tej grupie przypadków jest przy tem i to, że tylko w dwu z nich (przyp. 4. i 20.) spostrzegaliśmy objawy mocznicy, tak zresztą częstego powikłania przy zapaleniu nerek »wojennem« żołnierzy. Zauważyć należy przytem, że w przypadku 20. objawy mocznicy były bardzo krótkotrwałe, a mianowicie ból głowy, nudności i lekkie drgawki z bardzo krótkotrwałem zaćmieniem przytomności ustąpiły w niem szybko, tak, że chory po miesięcznym pobycie w szpitalu opuścił oddział bez obrzęków i ze śladem ledwie białka w moczu. Niekorzystnie z tej grupy przebiegł tylko jeden przypadek (przyp. 4.), a dodam, że zejście śmiertelne u tego chorego nastąpiło wśród objawów napadu drgawkowego mocznicy. Ze względu na pewne ciekawe szczegóły kliniczne przytoczę ten przypadek poniżej.

Chory Kiss J., lat 19, przybył na oddział 2. VI., a umarł 4. VI. 1917 r. o godz. 9½ rano. Wywiady: Obciążenia dziedzicznego niema; prócz dziecinnych chorób nie chorował K. nigdy, a zwłaszcza nie przebywał nigdy zapalenia nerek. Obecna choroba rozpoczęła się przed czterema dniami wśród objawów lekkiego bolu gardła, bolów głowy, kaszlu, bolów w nogach, do których wnet przyłączyły się postępujące szybko obrzęki, najprzód twarzy, potem kończyn i całego ciała; mocz oddaje skąpo. — Stan obecny: Budowa silna, skóra blada; twarz silnie nabrzękła, podobnie jak i tułów, kończyny dolne obrzękłe znacznie mniej; gardło lekko rozpulchnione, zaczerwienione, bez nalotów; gruczoły chłonne na szyi nieco obrzękłe; w płucach objawy rozległego nieżytu oskrzelowego i lekkie przesięki w obu jamach opłucnych; stłumienie serca miernie powiększone w kierunku poprzecznym; nad końcem serca i nad tętnicą główną I. ton głuchy, drugi nad aortą wzmocniony; T = 52 uderz. na min.; w brzuchu mierna ilość płynu przesiękowego; wątroba macalna; odruchy kolanowe wzmożone, przytomność utrzymana, lecz senność wyraźna; od czasu do czasu skłonność do wymiotów; ciepłota prawidłowa. — Mocz: ilość dobowa = 300 cm. sz., barwa winno-żółta; mętny; oddziaływanie kwaśne; c. g. 1026; białko w ilości 3‰ (Essbach); chlorki prawidłowe; krwi brak; w osadzie liczne wałeczki szkliste i ziarniste, nabłonki nerkowe, pojedyncze ciałka czerwone i białe. — Rozpoznanie: nephrosis acuta. — Przebieg: 3. VI. popołudniu typowy napad mocznicy z zupełną nieprzytomnością i drgawkami ogólnemi; 4. VI. o godz. 9. rano wśród napadu drgawkowego mocznicy wykonano nakłucie żyły pośrodkowej i upuszczono 300 cm. sz. krwi; o godz. 9,30′ napad drgawek mocznicowych, wśród którego chory zakończył nagle życie z początku napadu. — Sekcya, wykonana 5. VII. wykazała obraz nerki, typowy dla ostrej nefrozy, a przytem silnego stopnia ostre zwyrodnienie mięśnia sercowego. — Badanie krwi z dnia 4. VI., tuż przed śmiercią chorego, wykazało 36,4 mg. azotu pozabiałkowego w 100 cm. sz. surowicy krwi.

Epikrisis: W tym przypadku podnieść należy bardzo gwałtowny przebieg ostrej nefrozy, przy trwaniu sprawy chorobowej około jednego tygodnia, a zwłaszcza obecność małej ilości R-N przy istnieniu napadów mocznicowych, jak i wynik badania pośmiertnego, które wykazało silne zwyrodnienie mięśnia sercowego. Przyczyny śmierci muszę się dopatrywać przedewszystkiem w stanie mięśnia sercowego, tak, że śmierć nagłą u chorego musimy uważać jako pochodzenia przedewszystkiem sercowego, a nie nerkowego, bo za tem przemawia prócz tego względnie dostateczna ilość dobowa moczu, prawidłowa zawartość w nim chlorków, jak i mała liczba R-N, o czem wspomnimy jeszcze poniżej.

Pomijając ten jedyny przypadek śmiertelny, na podstawie dokładnego spostrzegania reszty przypadków z grupy I., uwzględniając przy tem spostrzeżenia innych autorów, musimy przyjść do przekonania, że prawidłowa (nizka) liczba N pozabiałkowego w surowicy krwi w przypadku ostrego zapalenia nerek jest jednym z ważnych objawów, dającym nam możność korzystnego rokowania w danym przypadku czy to nefrozy, czy też właściwego zapalenia nerek.

Twierdzenie to jest jednak słuszne tylko o tyle, o ile ro-

zumiemy przez to, że dotyczącemu osobnikowi nie grozi niebezpieczeństwo ze strony nerek, które są wówczas zdolne do wydzielania produktów rozpadu białkowej przemiany materyi, najniebezpieczniejszych dla życia tkanek ustroju. Pamiętać jednak musimy o tem, że w przebiegu ostrego zapalenia nerek powstają tak często poważne zmiany w narządzie krążenia, które omówiłem szczegółowo w jednej z moich prac poprzednich, a na które zwracają uwagę także inni autorowie, lecz przedewszystkiem przy sprawach nerkowych przewlekłych. Rokowanie zaciemnić i sprowadzić mogą właśnie te zmiany w narządzie krążenia, tak, że musimy szczegółowo uwzględnić stan serca i naczyń obwodowych, jeżeli na podstawie nizkiego R-N chcemy dany przypadek uważać za przypadek łagodny. Nie potrzebuję dodawać, że i powikłania ciężkie ze strony innych narządów mogą wpłynąć niekorzystnie na przebieg ostrego zapalenia nerek, bo to rozumie się samo przez się. Prawidłowa liczba azotu pozabiałkowego wskazuje na łagodny charakter przypadku tylko o tyle, o ile i w dalszym przebiegu następne badania dadzą wynik jednakowy pod względem jej zachowania się. Pewnie, że badania nie będziemy musieli powtarzać w przypadkach, i tak zresztą klinicznie korzystnych. Przy przebiegu mniej korzystnym jednak będziemy musieli powtórzyć nasze badania krwi po pewnym okresie czasu, a wtedy powtórnie stwierdzona prawidłowa liczba R-N, mimo może upornego przebiegu klinicznego, pozwoli nam przecież rokować korzystnie. Podnieść bowiem należy to, że stwierdziliśmy przypadki, w których, nieraz i w najbliższym czasie, przeprowadzone badanie krwi wykazało przy drugiem badaniu już podwyższenie ponadprawidłowe liczby azotu pozabiałkowego, a przebieg ich był ciężki, oporny, więc nie tak łagodny, jak poprzednich. Przytoczę tu jeden z takich przypadków.

Chory Sellner, lat 25, przebywał w szpitalu od 4. VI. do 18. VI. 1917. r. — Wywiady: Chory od dni ośmiu; zachorował wśród objawów bolów w krzyżach, bolów głowy i postępujących obrzęków. — Stan obecny: Bardzo silny ogólny obrzęk; w płucach rozległy nieżyt i przesięki w obu jamach opłucnych; serce lekko poprzecznie powiększone, tony serca czyste; T = 48 uderzeń na min.; w brzuchu przesięk dość obfity; wątroba powiększona. Chory wybitnie senny, silny ból głowy. — Mocz: 5. VI. ilość dobowa = 400 cm. sz., mięsisto zabarwiony; oddziaływanie kwaśne; c. g. 1018; białko 15‰, krew obecna; w osadzie liczne wałeczki różnopostaciowe, liczne ciałka czerwone krwi. — Badanie krwi: 6. VI. R-N = 40 mg. w 100 cm. sz. surowicy krwi — upuszczono wówczas 500 cm. sz. krwi przez nakłucie żyły. — Przebieg: 10. VI. chory wyraźnie zamroczony, brak łaknienia, nudności i wymioty; obrzęk bardzo silny; ilość moczu skąpa, w nim obfita domieszka krwi. 15. VI. przytomność znacznie upośledzona, nudności, wymioty, silne bole głowy; obrzęki bez zmian; ilość moczu dobowa = 1800 cm., ilość krwi mniejsza, ilość białka = 3‰. — Krew: 15. VI. R-N = 64,4 mg. w 100 cm. sz. surowicy. 18. VI. od czasu drugiego nakłucia żyły, przy którem upuszczono po raz drugi 500 cm. sz. krwi, obrzęki zaczęły się szybko zmniejszać, ilość dobowa moczu wzrosła powyżej 2000 cm. sz., a objawy mocznicowe wnet znikły zupełnie.

Epikrisis: Przebieg uporny pod względem obrzęków; objawy mocznicy bez drgawek wybitne, trwające w silnym stopniu przez cały tydzień wśród spostrzegania zwiększania się liczby R-N w surowicy krwi; lecz i w tym przypadku pod koniec pobytu w szpitalu zwrot korzystny w przebiegu klinicznym.

Ale przyszłość dalsza przypadków grupy I. nie musi być zawsze tak korzystna, jakby to się wydawało na podstawie powyższych przypadków, bo i te z prawidłową liczbą N pozabiałkowego niezawsze ulegały wyleczeniu zupełnemu. Na podstawie literatury, ale i naszego doświadczenia stwierdzić mogliśmy, że przypadki z nizkiem R-N w późniejszym czasie okazywały czasem przebieg przewlekły z ciężkiemi następstwami, a w okresie końcowym spotykano w nich później wysoką liczbę N pozabiałkowego we krwi przy ogólnych ciężkich objawach klinicznych. Wśród naszych przypadków spotykamy jeden typowy przykład, którego dla braku miejsca nie chcę szczegółowo przytaczać. U tego chorego, który przed 13 miesiącami przebył ostre zapalenie nerek, badanie wówczas wykazało prawidłową liczbę N pozabiałkowego. Stan ciężki trwał u niego podówczas przez jeden rok, poczem nastąpiło cofnięcie się obrzęków i innych ważniejszych objawów klinicznych, lecz zmiany w moczu utrzymywały się dalej. Podczas pobytu w czerwcu 1917. r. (w 13 miesięcy po rozpoczęciu się sprawy chorobowej) stan ogólny był ciężki, obrzęki znaczne, chory był stale zamroczony, nudności i bóle głowy stałe, w moczu ilość białka dochodziła do 9‰, a liczba dla R-N wynosiła wówczas już przy pierwszem badaniu 117,6 mg., a w 11 dni później 123,2 mg. w 100 cm. sz. surowicy krwi. Przykłady podobne znajdujemy w piśmiennictwie nieraz, tak, że sprawy tej więcej nie poruszam.

Kończąc omówienie grupy pierwszej naszych przypadków, możemy wynik streścić w krótkości następująco: W przypadkach ostrego schorzenia (zapalenia) nerek na szczycie sprawy chorobowej, wśród i pomimo najcięższych objawów klinicznych, stwierdzenie prawidłowej liczby azotu pozabiałkowego w surowicy krwi pozwala na rokowanie korzystne, przedewszystkiem co do najbliższej przyszłości przypadku; dalsze stałe utrzymywanie się prawidłowej liczby R-N pozwala nam nie obawiać się najcięższego powikłania zapalenia nerek, to jest mocznicy, i mimo ciężkich objawów klinicznych daje podstawę do korzystnego rokowania w danym przypadku. Mimo prawidłowej liczby R-N nie wykluczone jest jednak przejście przypadku w stan przewlekły, chociaż, zdaje się, nie należy ono do objawów częstych. Pamiętać jednak należy o tem, że liczba azotu pozabiałkowego krwi w ostrych schorzeniach nerek jest tylko wskaźnikiem zajęcia nerek, który dozwala nam sądzić o braku niebezpieczeństwa, grożącego tylko ze strony nerek, podczas gdy zaburzenia przedewszystkiem narządu krążenia mimo to mogą stać się przyczyną niekorzystnego (śmiertelnego) zakończenia przypadku, i to w pierwszym rzędzie znowu w sprawach nerkowych ostrych.

(Dokończenie nastąpi).

W sprawie reformy studyów lekarskich

Napisał*)

Prof. Dr Teofil Zalewski.

Zastanawiając się nad reformą studyów uniwersyteckich, musimy sobie zdać sprawę, że uniwersytet, to profesorowie i słuchacze, od ich doskonałości zależą najwięcej wyniki nauki uniwersyteckiej; staranny dobór jednych i drugich powinien być troską uniwersytetu.

Braki naszego szkolnictwa średniego odczuwamy wszyscy. Wymagania w szkole średniej pod wpływem opinii społeczeństwa stale obniżano. Wynikiem tego jest napływ uczniów mało uzdolnionych, którzy jednak przy obecnym systemie przechodzą gimnazyum i mają wstęp do uniwersytetu otwarty, tworząc tam balast, obniżający poziom studyów uniwersyteckich. Zamknięcie tym niezdolnym drogi do uniwersytetu jest rzeczą konieczną.

Podnosi się, że czas studyów lekarskich jest za krótki i że trzeba przedłużyć studya o rok lub nawet półtora. Na podobne postawienie sprawy możnaby się zgodzić dopiero wtedy, gdybyśmy zdołali dowieść, że w inny sposób nie da się złemu zaradzić. Jeżeli obliczymy rok roboczy najpilniejszego słuchacza uniwersytetu, to przekonamy się, że wynosi on tylko 150 dni, resztę roku stanowią wakacye, w czasie których ani z wykładów, ani z zakładów słuchacz nie korzysta i podczas których rozleniwia się gruntownie. Jeżeli rok roboczy słuchacza uniwersytetu przedłużymy o dni 100, to w ciągu pięciu lat nauki zyskamy ten rok czy półtora z nadwyżką. Przeprowadzenie tej reformy może nastąpić zaraz, a przeprowadzenie jej leży w rękach profesorów; skasowanie rozmaitych »świąt« powinno nastąpić od przyszłego półrocza szkolnego. Rok szkolny i wykłady powinny zaczynać się od 15 września, a kończyć 30 czerwca. Półrocza powinny być równe, a przerwa między półroczami powinna być najwyżej tygodniowa. Po rozpoczęciu półrocza powinien osobiście zgłosić się słuchacz do profesora, przeprowadzenie zaś wpisu formalnego może nastąpić i później.

Jestem bezwzględnie za kontrolowaniem, czy słuchacze uczęszczają na wykłady; kontrolę tę może przeprowadzać tylko profesor. Nie jest to zamach na wolność akademicką, kontrola ma na celu ukrócić swawolę, której w naszych uniwersytetach bodaj czy nie jest więcej, niż gdzieindziej.

Jestem przeciwny t. z. półroczu rygorozalnemu. Słuchacz, który nietylko »słucha«, ale i uczy się, zda egzamin w swoim czasie, nie tracąc nic z wykładów. Zmuszanie pilniejszych do

*) Za zgodą autora został artykuł z powodu braku miejsca przeszło do połowy skrócony. Redakcya.

przedłużania studyów tylko dlatego, że to byłoby ułatwieniem dla mniej pilnych, uważam za rzecz szkodliwą.

Przyjmując znaczne przedłużenie roku roboczego, można w planie nauki ograniczyć nieraz ilość godzin tygodniowo, przeznaczonych na poszczególne przedmioty.

Nie byłbym za wprowadzeniem napowrót wykładów zoologii i botaniki; wiadomości dostateczne powinien wynieść słuchacz z gimnazyum, wykłady biologii, odpowiednio urządzone, powinny uzupełnić ogólne wykształcenie przyrodnicze. Embryologię najodpowiedniej byłoby połączyć z biologią. Nauczanie fizyki musi bezwarunkowo uledz zmianie. Nauka fizyki powinna być wstępem do nauki fizyologii i obejmować przedewszystkiem te działy, które są potrzebne słuchaczowi medycyny. Naukę histologii można zaczynać już w pierwszem półroczu. Co do ćwiczeń w prosektoryum, to uważam ćwiczenia te na pierwszym roku za przedwczesne; słuchacz powinien naprzód obeznać się z całą anatomią na gotowych preparatach, a następnie dopiero przystąpić do preparowania. Pogłębienia powinna bezwarunkowo doznać nauka chemii, szczególnie pod względem praktycznym. Uważam za pożyteczne wprowadzenie wykładów psychologii; oczywista rzecz psychologia musi być traktowana z przyrodniczego punktu widzenia.

Z klinik niezbędne są klinika wstępna dla medycyny wewnętrznej i klinika chirurgii ogólnej.

Przy układaniu planu wykładów powinno przyjąć się za zasadę, że ilość godzin wykładowych dziennie powinna wynosić najwyżej pięć, uwzględnić bowiem trzeba, że słuchacz medycyny od początku swych studyów musi poświęcać prócz tego jeszcze bodaj dwie godziny dziennie na ćwiczenia praktyczne.

Zdawna odczuwamy, że o ile słuchacze nasi wynoszą dostateczne wiadomości z teoretycznej medycyny, o tyle wykształcenie z przedmiotów klinicznych jest niedostateczne; słuchacz medycyny ma za mało sposobności do badania chorych. Dlatego też odpowiednie urządzenie zajęć praktycznych z przedmiotów klinicznych jest rzeczą konieczną. Zajęcia te są możliwe tylko grupami po kilku lub kilkunastu; z tego powodu powinny ambulatorya kliniczne być czynne na wszystkich klinikach w jednych i tychsamych godzinach, by w ten sposob umożliwić słuchaczom udział. Wyobrażam sobie, iż możnaby słuchaczów podzielić na grupy i każda grupa miałaby wyznaczony swój dzień w tygodniu do pracy w ambulatoryum danej kliniki. W ten sam sposób urządzićby można ćwiczenia w sekcyach anatomopatologicznych.

Uważam za pożyteczne, by wykłady przedmiotów klinicznych były ujęte w system. Wykłady od wypadku do wypadku wytwarzają w głowie słuchacza chaos i przynoszą małą korzyść. Pilniejsi słuchacze uzupełniają brak wykładów systematycznych podręcznikami, ubiega jednak dużo czasu, nim słuchacz na tyle pozna przedmiot bodaj teoretycznie, że z wykładów zdoła korzystać.

Uniwersytet daje minimum wykształcenia, jakie każdy lekarz bez względu na przyszłe zajęcie otrzymać musi, dlatego jakiekolwiek ułatwienia dla tych, którzy mieliby się poświęcić pewnej specyalnej gałęzi medycyny, obniżyłyby tylko wykształcenie specyalistów, zamiast je pogłębić.

Co do egzaminów, to zatrzymując do pewnego stopnia przymus co do czasu składania egzaminów, należy powrócić do dawnego sposobu egzaminowania. Instytucyę komisarza rządowego uważam za zupełnie zbędną.

Wszelkie reformy w nauczaniu na nic się nie przydadzą, jeżeli jednocześnie z tem nie nastąpi pomnożenie katedr. Wymagać obecnie, aby jeden profesor objął całą anatomię lub anatomię patologiczną albo też medycynę wewnętrzną lub chirurgię, jest to wymagać rzeczy niemożliwych. Wobec konieczności wprowadzenia ćwiczeń praktycznych w rozleglejszym niż obecnie stopniu, pomnożenie ciała nauczycielskiego jest niezbędne. Obowiązkiem uniwersytetu jest zachęcać młodych zdolnych ludzi do poświęcania się karyerze naukowej, obowiązkiem musi być też starać się zapewnić im bodaj minimum pewnej egzystencyi. Klinicyści mogą zarabiać praktyką, choć ta praktyka jest właśnie poniekąd przeszkodą w pracach naukowych, co jednak mają robić ci, co, nie mając majątku, mają chęć i zdolności do przedmiotów teoretycznych? Zaradzić temu można do pewnego stopnia przez stworzenie przy każdej katedrze zwyczajnej drugiej katedry nadzwyczajnego profesora. Profesor nadzwyczajny byłby zależny w wykładach swych od profesora zwyczajnego, przedewszystkiem jednak byłoby obowiązkiem jego prowadzić ćwiczenia praktyczne ze słuchaczami w sposób, przez profesora zwyczajnego wskazany.

Do obowiązków profesorów należy prócz nauczania i praca naukowa. Zadania i obowiązki profesorów są tak wielkie, że na poboczne zajęcia mieć czasu nie mogą. Z tego powodu profesorowie praktykę prywatną powinni jaknajbardziej ograniczyć. Wydatne podniesienie płac profesorskich jest jednak konieczne, obecne płace nie zabezpieczają nawet minimum egzystencyi.

Zakłady uniwersyteckie muszą być stosownie do zadań swych jak najlepiej uposażone. Zakłady nasze kliniczne stanowczo są za małe; wprawdzie kliniki mają zastrzeżone prawo wybierać sobie chorych z oddziałów szpitalnych, w praktyce jednak okazało się to niewykonalnem. Ilość łóżek w klinikach musi być znacznie zwiększona. Ujemną stroną naszych klinik jest zamykanie na czas wakacyjny; kliniki muszą być otwarte przez cały rok. Brakujące kliniki powinny być jak najspiesznej choćby prowizorycznie stworzone.

Rzeczą bardzo ważną jest dobór asystentów i lekarzy klinicznych. Aby ułatwić zdolnym młodym lekarzom pracę naukową w klinikach, powinno się od chwili wstąpienia zabezpieczyć im bezpłatne mieszkanie i utrzymanie; przypuszczam, że tyle bodaj jest warta praca lekarza choćby na drugi dzień po otrzymaniu dyplomu. Twierdzenie, że młody lekarz uczy się dla siebie i powinien być zadowolony, że ma sposobność do nauki, nie wytrzymuje krytyki: — niemniejszą korzyść ma i społeczeństwo, jeżeli ma wykształconych lekarzy.

W łączności z klinikami powinien być stworzony centralny zakład rentgenowski i centralna pracownia do badań chemicznych i mikroskopowych; zakłady te powinny zostawać pod kierunkiem docentów, względnie profesorów. W pracowniach tych mieliby obowiązek pracować lekarze klinik.

Utrudnieniem w pracy naukowej jest u nas brak odpowiednio zaopatrzonej biblioteki; należy dążyć, by nasze biblioteki kupowały więcej dzieł lekarskich, przytem, by nabywanie dzieł odbywało się z pewnym planem. Najkorzystniej możeby było stworzyć centralną bibliotekę lekarską dla zakładów lekarskich.

W końcu chciałbym dorzucić słów kilka o nauce otolaryngologii u nas.

Praca w otyatryi i laryngologii na ziemiach polskich natrafia na ogromne trudności z powodu braku warsztatów pracy. Uniwersytet krakowski posiada klinikę niedostateczną, a uniwersytet lwowski nie posiada wcale kliniki i musi zadowolić się ambulatoryum. Szpitale też nie rozporządzają specyalnymi oddziałami, a tylko wyjątkowo mają ambulatorya. Jeżeli porównamy rozwój otyatryi i laryngologii i świetny rozwój techniki operacyjnej w tych dziedzinach u nas i u innych, to przyznać musimy, żeśmy się znaleźli na szarym końcu, daliśmy się wyprzedzić nawet przez narody małe. Traci, oczywista rzecz, na tem nauka polska, traci cały naród moralnie: chorzy, nie znajdując odpowiedniej pomocy w kraju, masami wędrują do obcych. Czyż można się dziwić, że ci obcy mają o nas niepochlebne wyobrażenie? U nas zaś w kraju wyrabia się i utrwala przekonanie o niższości naszych zakładów uniwersyteckich i naszych lekarzy. Doznawałem zawsze bolesnego uczucia, widząc u naszych sąsiadów nawet na małych uniwersytetach odpowiednio urządzone kliniki, a gdy mnie pytano o stosunki u nas, wstyd mi było wyznać całą prawdę.

Z powodu tych stosunków wykształcenie specyalistów natrafia na duże trudności. Zaradzić temu jest rzeczą konieczną przez budowę odpowiednio urządzonych i uposażonych klinik. Jako minimum łóżek dla kliniki otolaryngologicznej uważam 40 do 50. Tymczasowo koniecznem jest dla uniwersytetu lwowskiego przeznaczyć bodaj kilkanaście łóżek dla kliniki otolaryngologicznej w szpitalu dla pomieszczenia tych chorych, którzy mają poddać się operacyi.

Przy obecnym rozwoju otyatryi i laryngologii kierownik kliniki musi być chirurgicznie wykształcony. Podobnież i asystenci muszą być chirurgicznie wykształceni; jako minimum chirurgicznego wykształcenia uważam dwuletnią praktykę w klinice chirurgicznej lub na oddziale chirurgicznym.

Co do samego nauczania, to uważam semestr siódmy i ósmy za najodpowiedniejszy do wykładów systematycznych, dobrzeby jednak było, by słuchacze już przedtem obznajmili się ze sposobami badania narządu słuchu i górnych dróg oddechowych. Wykład systematyczny uważam za nieodzowny, z wykładów od wypadku do wypadku słuchacze wynoszą małą korzyść; wykład powinien być ilustrowany odpowiednimi przypadkami klinicznymi lub ambulatoryjnymi. Praktycznie słuchacze powinni się uczyć grupami w poliklinice. Oczywista rzecz otolaryngologia powinna być przedmiotem egzaminu.

Dążąc do reform nauki uniwersyteckiej, powinno się dą-

żyć do ujednostajnienia jej we wszystkich uniwersytetach polskich bez względu na formy bytu politycznego, w jakich żyć nam przyjdzie.

O potrzebie studyum psychologii na Wydziale lekarskim

podał

Dr Hadryan Demianowski.

Między omawianemi zagadnieniami, dotyczącemi reformy studyum lekarskiego, brak jednego z najważniejszych, a mianowicie uzupełnienia studyum nauką psychologii, i to tak normalnej, jak i patologicznej. Na Wydziale filozoficznym w program egzaminu ścisłego bez względu na przedmiot główny wchodzi filozofia, a z nią i psychologia. Pierwszy okres studyów na Wydziale prawniczym obejmuje obowiązkowo także wykład z filozofii i psychologii. A przecież trudno sobie wyobrazić ściślejszy związek między dwiema dziedzinami wiedzy, jak ten, który zachodzi między psychopatologią kliniczną, a psychologią normalną.

Konieczność wcielenia psychologii w program nauk lekarskich może być rozpatrywana pod trzema względami: 1. Psychologia jako nauka przygotowawcza do kliniki psychiatrycznej. 2. Psychologia w zastosowaniu do reszty nauk lekarskich. 3. Psychologia jako nauka uzupełniająca całokształt wykształcenia.

Psychiatrya kliniczna stosunkowo mało korzysta ze zdobyczy innych nauk lekarskich; metody, któremi posługuje się przy łożu chorego, są przeważnie jej tylko właściwe, a różne od metod rozpoznawczych w cierpieniach somatycznych. Anatomia patologiczna, święcąca we wszystkich działach medycyny tryumfy, w psychiatryi daje wyniki bardzo skromne.

Wobec tego musiano przynajmniej na razie zrezygnować z możności poznania i zróżnicowania obrazu klinicznego na podstawach anatomopatologicznych, a rozejrzeć się za metodami innemi. Temi były metody i nauka psychologii. Zastosowaniu jej w psychiatryi klinicznej zawdzięczamy przedewszystkiem zaprowadzenie jakiego takiego ładu w systematyce chorób umysłowych, zmianę poglądów na istotę cierpień lub stanów poszczególnych, poznanie mechanizmu objawów, a nawet użyto tych metod, jako środka leczniczego.

Pojęcia i metoda badań psychologii obce są naukom lekarskim. Na klinikę wewnętrzną, czy chirurgiczną, przybywa studyujący z zasobem wiadomości pomocniczych z anatomii, fizyologii i patologii. Inaczej ma się rzecz z kliniką chorób umysłowych; tutaj wiadomości z anatomii i fizyologii schodzą na plan drugi. Pojęcia, jak czucie, wyobrażenie, pamięć, uwaga, kojarzenie, afekt, obce są medykowi, a przedewszystkiem obcy mu jest odmienny tor myślenia w psychologii (introspekcya). Bez znajomości psychologii normalnej ma operować zawiłemi pojęciami psychopatologii, analizować złożone stany psychiczne.

Psychologia ma szereg właściwych tylko sobie metod i niejako osobne swe »instrumentaryum«. Przed wstąpieniem na klinikę wewnętrzną, czy położniczą, słucha się osobnych wykładów o metodach badania. Metody natomiast badania psychiatrycznego, jak metody badania inteligencyi (Bineta, Gautera, Ebbinghausa, Henneberga, Finckha), pamięci (Kraepelina), zapamiętywania (Ziehena, Riegera), uwagi (Bourdona i Mikulskiego), metoda psychoanalityczna (Freuda), psychosyntezy (Bezoli), eksperyment psychogalwaniczny i t. d., to »terra ignota« dla lekarza. A cóż mówić dopiero o studyum psychopatologii ogólnej. Nowoczesnego wykładu psychiatryi, operującego pojęciami zupełnie obcemi dla lekarza bez wykształcenia psychologicznego, studyujący nie może zrozumieć, a co dopiero mówić o pracy samodzielnej na klinice.

Psychologia ma jednak znaczenie nietylko dla psychiatryi, ale dla wielu innych gałęzi medycyny. Nie można bez psychologii zrozumieć powstawania afazyi po uszkodzeniu ośrodków Broca czy Wernickego, a co więcej, zawiłych ich odmian i kombinacyi. To samo dotyczy aleksyi, agrafii lub ślepoty duchowej. Poglądy dzisiejsze na mechanizm nerwic są czysto psychologiczne. Rozpoznawanie histeryi nie odbywa się już przez wykluczenie tylko schorzenia organicznego. Czy wogóle istnieje jakieś schorzenie organiczne, któremuby nie towarzyszyły objawy psychopochodne? A odróżnienie ich od objawów czysto organicznych jest rzeczą bardzo ważną.

Psychiatrya najmniej zna te psychozy, które towarzyszą chorobom zakaźnym i gorączkowym, bo zbyt rzadko dostają się do rąk psychiatry, a lekarze interniści nie operują należycie psychiatryą.

Wszystkie czynności ustroju stoją pod kontrolą psychy, wpływ afektów na trawienie, oddychanie, układ krwionośny, wydzielanie, to rzecz ogólnie, choć pobieżnie znana. Ustrój psychiczny bardzo czule oddziaływa na zmiany w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem. Wiemy, że rozmaite środki lekarskie działają u tego samego osobnika rozmaicie, zależnie od stanu psychicznego, a na odwrót działanie środków lekarskich, szczególnie narkotyków na ustrój psychiczny należy do zagadnień bardzo żywotnych w psychiatryi.

A sprawa psychoterapii? »Ut aliquid fieri videatur«, to psychoterapia w najpierwotniejszej postaci, później idzie poddawanie (sugestya) pod rozmaitemi postaciami, hypnoza, metoda katartyczna Breuera i Freuda, metoda psychoanalityczna i t. d. Większa znajomość mechanizmu psychologicznego objawów neurastenii bardzoby dodatnio wpłynęła na wybór stosowniejszego środka psycholeczniczego w tem cierpieniu w miejsce sugestyi pod postacią nastoju z kozłka, lub co gorzej bromu. Leczenie klimatyczne w bardzo dużym stopniu działa drogą psychiczną. Nie bez znaczenia dla nauki o działaniu środków lekarskich byłoby wiedzieć, ile z tego zapisać na rachunek sugestyi, i to tak w stosunku do chorego, jak i lekarza. Lekarz bowiem ulega jej nie mniej od chorego.

Nawiązanie kontaktu uczuciowego z chorym i jego otoczeniem, to warunek powodzenia lekarza. Wynik leczniczy w dużej mierze zależy od tego, czy ordynujący lekarz widzi tylko tyfus czy wadę serca, czy też chorego człowieka, czującego i myślącego, a cierpiącego na tyfus lub wadę serca.

Wreszcie słowo o roli psychologii w ogólnem wykształceniu. Całe nasze doświadczenie podzielić możemy na zjawiska materyalne i zjawiska świadomości. Wszystko, czego tylko poszukiwać możemy, leży w obrębie tych dwu dziedzin. Zjawiska materyalne doświadczać jednak tylko możemy drogą świadomości. Nauka medycyny uwzględnia tylko zjawiska materyalne; zjawiska świadomości należą do psychologii. Poznanie w dziedzinie świadomości wymaga innego toru myślenia. Dla dokładnego, wszechstronnego i plastycznego jednak objęcia i ujęcia całokształtu odgrywających się przed nami zjawisk, a zarazem dla łatwiejszego nawiązania kontaktu z innemi dziedzinami wiedzy ludzkiej, zwłaszcza, że wiele z nich, jak sztuka, pedagogika, prawoznawstwo lub kryminologia, nabierać zaczyna coraz bardziej charakteru »psychologicznego«, uwzględnić należy dziedzinę zjawisk świadomości. Dopiero w tem podwójnem oświetleniu umiejętność zbliża się do ideału każdej wiedzy, jednocząc w sobie cechy ἡ μάθημα i ἡ σωφία.

Wniosek: Istnieje konieczność uzupełnienia studyum lekarskiego wykładem psychologii wraz z ćwiczeniami (psychologia eksperymentalna).

Wykład będzie miał na celu: 1) przyczynić się do uzupełnienia wykształcenia lekarskiego, 2) uwzględnić potrzeby lekarza praktyka, jako psychologia lekarska, 3) przy równoczesnem uwzględnieniu psychopatologii ogólnej i sądowej stanowić studyum przygotowawcze do kliniki psychiatrycznej.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

potliwość stóp, Schweissfüsse.
pożądliwość, aviditas.
samorozkład, samostrawianie się, autolysis.
zarośnięty, atretisch.
charłactwo, choroba potarczyczna, athyreosis.
oddziaływanie odmienne, allergia.
olbrzymiość szczytowa, akromegalia.
nerwiak kikutowy, Amputationsneurom.
odnaczyniowy, angiogen.
przyszczepienie, anheilen.
wnikliwość, Penetrationskraft.
jamkowacenie, vacuolisatio.
niedoczuwanie bólu, hypalgesia.

wyjaławianie przerywane, fraktionierte Sterilisation.
jadzica (jad jako trucizna organizmowa wydzielnicza) toxinaemia, toxaemia. 7.

Emilia Gilewska.

(Wspomnienie pośmiertne).

Towarzystwo lekarzy galicyjskich otrzymało smutną wiadomość, że z końcem kwietnia zmarła w Meranie w 78. roku życia wdowa po Karolu Gilewskim, profesorze medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

Emilia Gilewska dobroczynnością swoją zasłużyła się Towarzystwu lekarzy galicyjskich, które ją żegna z uczuciem żałoby i wdzięczności.

O profesorze Gilewskim młodsze pokolenie nie wiele słyszało. Podaję tu tedy kilka szczegółów. Katedrę, którą objął na wniosek Wydziału lekarskiego po ustąpieniu profesora Dietla, krótko tylko piastował. Zaraził się w klinice durem plamistym i zmarł w Krakowie po tygodniowej chorobie w kwiecie wieku dnia 15. czerwca 1871. Był człowiekiem niezwykłych zdolności. Po uzyskaniu doktoratu pracował w Wiedniu jako asystent na klinice Oppolzera, a później jako asystent przy katedrze chirurgicznej prof. Fr. Schuha, z którego córką się później ożenił. Ścisły i gruntowny spostrzegacz, dobry badacz naukowy, zeszedł za wcześnie dla nauki naszej. Był gorliwym nauczycielem i szczerym przyjacielem młodzieży, a przytem surowym jej sędzią. Charakteru nieskazitelnego, ale bezwzględnego, płynął czasem przeciw wodzie, nie bacząc na opinię otoczenia. Dał tego krótko przed zgonem szczególny dowód głośnem wystąpieniem w sprawie Dollingera. U kolegów krakowskich pozostawił dobrą pamięć. Wdowa pochowała go w majątku swoim w Oed w Niższej Austryi, dokąd odwieźli zwłoki przyjaciela profesorowie Biesiadecki i Madurowicz, tudzież deputacya uczniów Wydziału lekarskiego.

Młoda wdowa z dwiema córkami przeniosła się do Wiednia, a nie słyszałem, aby kiedy jeszcze kraj nasz odwiedziła, dała jednak dowód, że zawsze o nim pamiętała, a przy każdej sposobności, jak mi opowiadano, wspominała, że lata, wśród nas spędzone, zaliczała do najszczęśliwszych swojego życia.

W archiwum Towarzystwa naszego jest akt, w którym pani Gilewska oświadcza, że dowiedziawszy się od prof. Biesiadeckiego o istnieniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, które opiekuje się wdowami i sierotami po lekarzach, będzie przyczyniać się od czasu do czasu małymi datkami do polepszenia ich bytu. »Niech będę choć trochę pomocną tym wdowom i sierotom po lekarzach, które spotkał smutny los, jakiegom sama z mojemi dziećmi doznała«.

Minęło 47 lat od śmierci męża pani Gilewskiej, a ona odtąd dwa razy do roku, na Boże Narodzenie i w czerwcu, na rocznicę śmierci swego męża, przysyłała Towarzystwu lekarzy galicyjskich po 500 K dla wdów i sierot po lekarzach. Przez blisko pół wieku nigdy o datku nie zapomniała, nigdy się z datkiem nie opóźniała. W szczególnie trudnem znalazła się położeniu w r. 1914. W czasie Bożego Narodzenia, kiedy miała wysłać swój dar, Lwów był zajęty przez wojska rosyjskie, które już dotarły pod Kraków i przekroczyły północną granicę Węgier. Do Lwowa nie można było wysłać pieniędzy. W przypuszczeniu, że może prezes Towarzystwa lekarskiego pozostaje po austryackiej stronie frontu, a w takim razie opiekuje się wdowami, które musiały kraj opuścić, a wiedząc, że prezesem jest profesor Uniwersytetu, napisała list do prezesa, wysyłając go do Ministerstwa oświaty z prośbą, aby go adresatowi doręczyło. Ministerstwo istotnie prośbie tej zadość uczyniło i w ten sposób nawet wśród najgorszej zawieruchy wojennej zdołała pani Gilewska nie chybić terminu szlachetnej swej ofiary. Odtąd znów z dokładnością automatu płynęły zapomogi bez przerwy. Ostatni raz przysłała na Boże Narodzenie, jakby w przeczuciu śmierci, 1.000 kor., a więc 500 kor. już na rachunek roku 1918.

Pomoc, udzielana Towarzystwu przez długi szereg lat, była bardzo wydatną, a to szczególnie w początkach istnienia Towarzystwa, kiedy jeszcze było bardzo w środki niezasobne. Przysłane kwoty z początku w całości rozdzielano pomiędzy wdowy, później, gdy inne fundusze przybyły, dary kapitalizowano, ale odsetki zawsze na wsparcia używano. Wartość świadczeń pani Gilewskiej dla Towarzystwa przechodzi kwotę 100.000 kor., a fundusz skapitalizowany dochodzi do 40.000 kor. i będzie stanowić fundusz wieczysty Towarzystwa »imienia prof. Dr Karola Gilewskiego — ufundowany przez wdowę, Emilię z Schuhów Gilewską«.

Nie znałem pani Gilewskiej osobiście, nie widziałem jej nigdy. Z listów, które odbierałem, widać, że była pełną podniosłych i szlachetnych myśli, z tego, co o niej słyszałem, że była dobroczyńcą ubogich. Cudzoziemka ta miała piękną i wdzięczną duszę i zachowała aż do śmierci dobrą pamięć dla dni, które pomiędzy nami przeżyła i szacunek dla społeczeństwa naszego, które, wśród nas żyjąc, poznała. Cześć jej pamięci!

Prof. Machek, prezes Tow. lek. galic

Wiadomości bieżące.

Z powodu wielkich kosztów druku i braku papieru konieczna jest, jak już kilkakrotnie podnosiliśmy, treściwość i krótkość artykułów. Autorowie powinni poniechać długich wstępów, zawierających streszczenie dawniejszego piśmiennictwa, z historyi chorób przytaczać tylko charakterystyczne przykłady, i to podając w nich szczegóły tylko istotne, niezbędne, pomijać drobiazgowe opisy histopatologiczne obrazów znanych, rysunki zaś wtedy tylko dodawać, jeśli są bezwzględnie konieczne.

Kraków. Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1918/19 wybrany został ponownie prof. Dr Emil Godlewski.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali p. Antoni Dydziul, rodem z Greżan na Litwie i p. Tadeusz Kosibowicz z N. Sącza.

Lwów. »Komitet odbudowy sanitarnej kraju« odbył pod przewodnictwem prof. Dr Halbana posiedzenie w d. 30. VI., z następującym porządkiem dziennym: Sprawozdanie prezydyum z załatwienia spraw poruczonych i z działalności samoistnej, obejmującej sprawę stosunku Komitetu do Centrali odbudowy Galicyi, sprawę wzorowej ochronki dla dzieci i zestawienie rozporządzeń dotyczących gruźlicy. Referaty: kraj. insp. Dr Krzyżanowskiego w sprawie zdrojowisk i uzdrowisk i w sprawie braku lekarzy powiatowych, insp. szpit. Dr Lipskiego w sprawie braku lekarzy szpitalnych i gminnych, prof. Halbana w sprawie inwalidów cywilnych, Dr Piepes-Poratyńskiego i prym. Dr Lenartowicza w sprawie braku środków aptecznych.

Warszawa. Staraniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego wyszedł pod redakcyą Dr T. Borzęckiego »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1914—1916«. W ten sposób nawiązany został ciąg dalszy tego nadzwyczaj pożytecznego wydawnictwa, które zdawało się przez wojnę zachwiane. W trzechleciu 1914—1916 obejmuje »Przegląd piśmiennictwa« 1658 publikacyi; liczba ich spadła więc rocznie do $^1/_3$, gdyż w samym tylko roku 1913 wynosiła 1641.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 1 kor. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgarska 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej cena 11 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Mięsowicz: Sposoby badań klinicznych. Cz. I. i II. po 9 kor. 20 h.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15 Klinika lekarska.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.